

診 療 録 記 載 マ ニ ュ ア ル

神戸大学医学部附属病院

診療録センター

2023 年 7 月改訂

目 次

第一章 診療録とは

診療録等の定義と関連法規	1
診療録等の法的位置づけ	3
診療録の価値	4

第二章 診療録等の記載に当たって

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの遵守	5
記載の原則	5
記載上の留意事項	6
削除・修正	6
責任の所在	6
文書のスキャン	7
院外からの持ち込みCD・書類等の取扱い	7

第三章 診療録等の記載事項について

診療録等の記載事項	8
主治医・担当医名	8
基本情報	8
診療開始年月日（診療終了年月日）	8
傷病名	8
基礎データ	8
問題（プロブレム）リスト	9
初期計画	10
経過記録	10
退院サマリ	10
転帰	11
その他記載すべき文書・記録等の例	12
入院診療計画書	12
肺血栓塞栓予防評価表	12
栄養管理計画書	12
退院療養計画書	12
診療情報提供書	12
対診依頼記録	13
手術記録	13

指示記録	13
栄養指導記録	13
薬剤管理指導記録	13
リハビリテーション記録	13
インフォームド・コンセント（説明・同意）	14

第一章 診療録とは

【診療録等の定義と関連法規】

○ 診療録等の定義

診療録とは法律上の名称で、狭義には、医師法（歯科医師法を含む。）で定める医師（歯科医師を含む。以下、本マニュアルにおいて同じ。）が患者の診療内容・経過などを記載する文書を指す。また、広義には、手術記録や看護記録、検査所見記録等を含めた診療に関する記録を含むものと解釈される。

診療録等の定義についてまとめると、以下のようになる。

・ 診療録

診療記録の大部分を占め、医師が記録するものである。診療録は医師法第 24 条に規定されるもので、医師は診療を行ったときにはその内容を遅滞なく診療録に記載しなければならないとされる。診療録の記載事項は、①診療を受けた者の住所・氏名・性別及び年齢、②病名及び主要症状、③治療方法（処方及び処置）、④診療の年月日など、医師法施行規則第 23 条に規定される。記載方法についての規定はない。〔医師法第 24 条〕、〔医師法施行規則第 23 条〕

・ 診療に関する諸記録

診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿並びに入院診療計画書とする。〔医療法施行規則第 20 条第 10 号〕

診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書とする。〔医療法施行規則第 22 条の 3 第 2 号〕

・ 診療記録

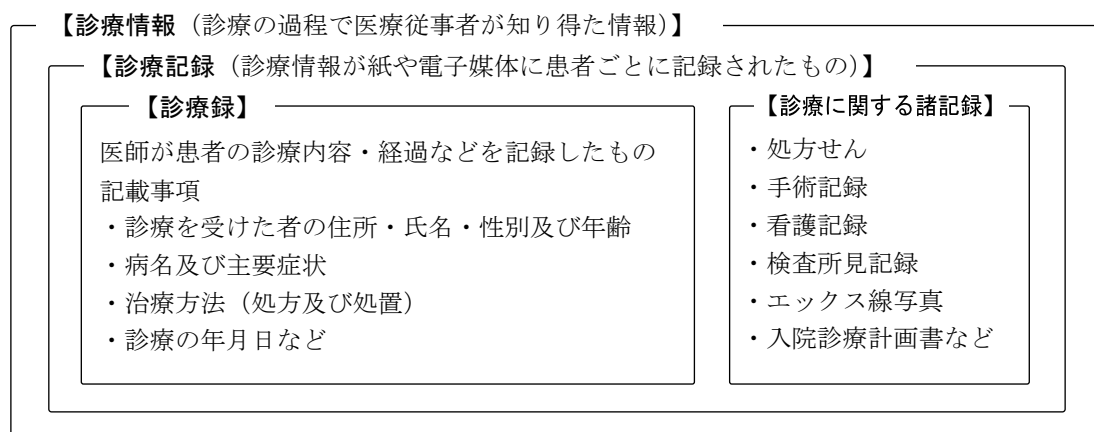
診療録、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録をいう。〔診療情報の提供等に関する指針（平成 15 年 9 月 12 日付厚生労働省医政局長通知）〕

・ 診療情報

診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た情報をいう。〔診療情報の提供等に関する指針（平成 15 年 9 月 12 日付厚生労働省医政局長通知）〕

医療の提供の必要性を判断し、または医療の提供を行うために診療等を通じて得た患者の健康状態やそれらに対する評価および医療の提供の経過に関する情報をいう。〔厚生労働省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書概要 平成 10 年 6 月 18 日〕

なお、診療情報には、医師が関係する情報のみならず、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士などの他の医療専門職から発せられる情報も含まれる。



本マニュアルでいう『診療録等』とは、前述の狭義・広義のもの両方を示すものであり、医師等の医療従事者が電子カルテシステム上にて作成・記載した診療録、看護記録、処方内容及び医療保険制度上適切な記載が必要とされる書類である。そして、それらは電子カルテサーバー機内に電子的に保存されている。

なお、電子カルテサーバー機内のデータは、バックアップ機にそのコピーを保持する事で、災害等による障害に備えている。

○ 関連法規

その他、診療録等に関する法規としては、次のようなものがある。

【医師法】〔診療録の記載及び保存〕

第二十四条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、五年間これを保存しなければならない。

（同旨：歯科医師法第二十三条）

【医療法】〔特定機能病院の施設及び記録等〕

第二十二條の二 特定機能病院は、第二十一條第一項（第一号及び第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。

三 診療に関する諸記録

【保険医療機関及び保険医療養担当規則】〔診療録の記載及び整備等〕

第八条 保険医療機関は、第二十二條の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から五年間とする。

第二十二條 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

○ 看護記録について

かつては助産録の記載及び保存のみが法的に課せられていたが、看護記録も 2007 年 4 月の医療法改定により診療記録の一部とされた。

看護記録についての詳細は、本院の看護記録マニュアルを参照のこと。

【保健師助産師看護師法】〔助産録の記載及び保存の義務〕

第四十二条 助産師が分べんの介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない。

2 前項の助産録であって病院、診療所又は助産所に勤務する助産師が行った助産に関するものは、その病院、診療所又は助産所の管理者において、その他の助産に関するものは、その助産師において、五年間これを保存しなければならない。

3 第一項の規定による助産録の記載事項に関しては、厚生労働省令でこれを定める。

【保健師助産師看護師法施行規則】〔助産録の記載事項〕

第三十四条 助産録には、次の事項を記載しなければならない。

- 一 妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業
- 二 分べん回数及び生死産別
- 三 妊産婦の既往疾患の有無及びその経過
- 四 今回妊娠の経過、所見及び保健指導の要領
- 五 妊娠中医師による健康診断受診の有無（結核、性病に関する検査を含む。）
- 六 分べんの場所及び年月日時分
- 七 分べんの経過及び処置
- 八 分べん異常の有無、経過及び処置
- 九 児の数及び性別、生死別
- 十 児及び胎児附属物の所見
- 十一 産じょくの経過及びじょく婦、新生児の保健指導の要領
- 十二 産後の医師による健康診断の有無

【診療録等の法的位置づけ】

診療録等の法的位置づけをまとめると、以下のとおりである。

- ・ 法令に基づき、医療従事者に記載義務・責任が課せられている公的文書である。
- ・ 備忘録ではなく、事実に基づく診断・治療過程の客観的記録である。
- ・ 医療行為の適否、過失の有無を判断するための重要な証拠である。
- ・ 保険医療における診療報酬請求の根拠である。

【診療録の価値】^{1) 2)}

病院管理学の創始者といわれる MacEachern (1881-1956) は、診療録には、以下の 6 つの価値があると唱えた。

1. 患者にとっての価値 (Value to the Patient)
2. 病院にとっての価値 (Value to the Hospital)
3. 医師にとっての価値 (Value to the Physician)
4. 法的防衛上の価値 (Value in Legal Defense)
5. 公衆衛生上の価値 (Value in Public Health)
6. 医学研究上の価値 (Value in Medical Research)

さらに国民皆保険制度の日本では、7. 医療保険上の価値 (Value in Medical Insurance) が加わる。

第二章 診療録等の記載に当たって

【医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの遵守】

診療録の作成に当たっては、関連法規に加えて厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」により規定された下記に記す事項を必ず満たさねばならない。なお、厚生労働省の見解では、「速やか」（又は「遅滞なく」）という文言の意味は、概ね 24 時間以内となっている。

〔診療録電子保存の三基準〕

・真正性の確保

故意又は過失による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止すること。
作成責任の所在を明確にすること。

・見読性の確保

情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること。
情報の内容を必要に応じて直ちに書面に表示できること。

・保存性の確保

法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

【記載の原則】

1. 医師法第二十四条第一項に定められているように、医師は、診療をしたときは、遅滞なく（24 時間以内に）診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。また、原則毎日記載を行う。記載がない場合、診療や医学的判断がなされなかったとみなされる（変化がない場合でも「変わりなし」等を記載する）。
2. 診療録は他の医療者との情報共有ツールでもあることを念頭に、記載は原則日本語で行い、略語や専門用語の使用は控える。複数の意味に解釈できる略語や専門の医療者しか用いない専門用語は使用しない。
3. 加筆や修正、削除等を行う場合は、その履歴を残す。
4. 診療録は公的文書であり、開示請求の対象にもなることに留意して記載を行う。
5. 医療者の私的な内容の記載は避け、診療における事実を正確に、客観的に記載する。
6. 患者のプライバシーに関する内容の記載は極力控える。
7. POS[※]（Problem Oriented System）に従った記載を心掛ける。
8. 問題（プロブレム）リストに則った診療計画を策定し、その過程に沿った記載を行い、実施記録もあわせて残す。
9. 経過はSOAP^{※※}形式で記載する。
10. 患者及び家族らに行った説明内容を正確かつ詳細に記載しておく。
11. 他の医療者への批判等は記載しない。
12. 研修医の診療録は、記載後速やかに指導医が確認し、カウンターサインを残す。
13. 退院サマリは遅滞なく作成する。
14. 記載した医療者署名と日付を残す。

15. 診療記録はチーム医療のために共有される記録・情報であるという視点を持ち、円滑かつ効率的に業務が実施できるよう、必要な情報のみ記載する。

※POS (Problem Oriented System) とは・・・

POSとは、Problem Oriented Systemの略で、「問題志向システム」と訳す。
患者の問題を明確にとらえ、その問題解決を論理的に進めていく一体系。

※SOAPとは・・・

SOAPとは、POSの考え方によって得られたデータを内容ごとに分類・整理した上で、下記のようにS、O、A、Pの4つの項目に分けて考える分析手法である。

- S (Subjective Data)** : 患者の主訴、受診目的、症状経過、既往歴、生活歴、社会歴等の主観的情報
- O (Objective Data)** : 医師の診察所見（理学的、局所的）、検査結果等の客観的情報
- A (Assessment)** : 「S」及び「O」の情報についての評価（以下を含む）
①収集情報の精度の検討、②情報分析の経緯（鑑別診断、対象疾患のリストアップを含む）、③診断とその結果（傷病名）
- P (Plan)** : 「S」、「O」、「A」の情報、評価をもとにした今後の計画（治療計画、追加検査の計画等）

【記載上の留意事項】

- ・ 安易なコピー＆ペーストで記載内容が不正確・不十分にならないように留意する。
- ・ 送り仮名や漢字の誤変換に注意して、できるだけ記載文字の統一を図る。
- ・ 外国語は日本語の表記に変えられない場合のみ使用する。
- ・ 「癌」や「がん」など同じ文章の中に漢字や平仮名を混同させないようにする。
- ・ 医療従事者や診療科のみで慣用する造語や隠語、略語は記載に用いない。
- ・ 数字を記載する場合は、半角のアラビア数字を推奨する。
- ・ 年号は西暦を使用する。
- ・ 和暦も併記する際は、元号を漢字で記載する。（例）2022（令和4）年
- ・ 句読点は、「。」及び「、」の使用を推奨する。

【削除・修正】

- ・ 正当な理由があり、診療記録の削除・修正が必要な場合は、適正な方法で行う。
- ・ 削除・修正した内容（修正箇所・修正者・修正した日時）を明確に記載し、システムがその履歴を残していることに留意する。

【責任の所在】

- ・ ①病院情報システム認証用カード（KOSMICカード）、②病院情報システム利用者コード及びパスワード、③顔認証の3要素のうち2つの要素を利用して病院情報システムに利用者自身を認識させ、入力情報に対する責任の所在を明確にする。

- ・ KOSMIC カードの貸し借り、また他人がログインしている画面での入力を禁止する。
- ・ 研修医等が記載した場合は、診療上の責任を負っている指導医が記載内容を確認し、適宜補足修正等指導を行った上、速やかに承認する。
- ・ 医師事務作業補助者が医師の指示により代行入力した場合は、入力内容の責任を負う当該医師が速やかにその内容を確認し、必要に応じて適宜修正等を行い、速やかに確定操作（承認）する。

【文書のスキャン】

文書のスキャンについては、本院の「スキャンによる文書等の電子化及び保存に関する運用管理細則」に定めるもののほか、以下の事項を遵守する。

電子カルテ内の文書機能で印刷した文書（説明・同意書等を含む。）のうち、以下のものはスキャンが必要である。

- ・ 追記等があるもの
- ・ 医師（医療者）・患者の自署によるサイン又は押印・捺印があるもの

※ 複数枚で構成される文書（説明・同意書等を含む。）は、全てスキャンすること。

なお、自署によるサインは、「記名＋押印」又は「署名＋捺印」と同等とみなす。

【院外からの持ち込みＣＤ・書類等の取扱い】

- ・ 初診時は医事課、再診・入院時は診療科でＣＤ等を預かり、スキャンセンターにて Move By（ムンバイ）への一時的取り込みを行う。その後、診療科においてその内容を確認の上、診療に用いた画像を画像管理システムへ速やかに保存する。その際には、診療活動に不要であった画像は取り込まず、特に内容確認なしでの全件取り込みは行わない。
- ・ 他院からの診療情報提供書等の紙媒体の書類は、全てスキャンにより電子カルテに取り込む。

第三章 診療録等の記載事項について

【診療録等の記載事項】

診療録等の記載事項を以下に示すとともに、具体的に何を記載すべきか事項毎に説明する。

○ 主治医、担当医名

- (1) 必ず主治医名を記載する。
- (2) 担当医が複数の場合は、全員の氏名を記載する。

○ 基本情報

- (1) 感染症情報を記載する。
 - (2) 薬剤禁忌情報を記載する。
- ※(1)、(2)とも「なし」の場合もその旨記載する。

○ 診療開始年月日（診療終了年月日）

診療開始年月日（診療終了年月日）を必ず記載する。

○ 傷病名

- (1) 初診時から医学的に妥当な傷病名を医師が病名オーダ内で選択する。
- (2) 傷病名の転帰は、随時医師が病名オーダ内で整理する。特に、長期にわたる急性病名や疑い病名については随時整理を行う。
- (3) 医学的傷病名との不一致や根拠に乏しいレセプト病名は付けない。また、保険審査対策としての疑い病名の乱用も避ける。例えば、診断目的の場合に傷病名「疑い」で主病名区分「診断病名」とし、除外診断を目的とする検査に際しては、否定したい病名を「傷病名」、主病名区分を「主病名」、病名区分を「その他」とする。
- (4) 診断（傷病名）に至った根拠を経過記録に記載する。
- (5) 部位不明・詳細不明病名は極力選択しない。
- (6) より詳細な病名を選択する。
 - ①悪性・良性の区別
 - ②原発性・続発性の区別
 - ③臓器の部位の区別
 - ④慢性・急性の区別
 - ⑤左・右の区別
 - ⑥病原菌の区別

○ 基礎データ

I. 主訴

- (1) 患者の訴える症状を具体的かつ個別的に記載する。できれば、患者自身の表現する言葉で記載する。
- (2) 裏付けとなる症状の有無を確かめ、幾つかの症状の中から代表的なものを選んで主訴とする。なお、主訴は一つとは限らない。

II. 入院理由

- (1) 紹介の有無を記載する。
- (2) 入院の直接の契機となった理由を簡潔に記載する。

III. 現病歴

- (1) 現在の病気を中心に記載する。また、主訴に関連した病状については、年代順に記載する。
- (2) 経過が長い場合、初期の症状は簡潔な記載にとどめ、直近の症状を詳細に記載する。
- (3) これまでに受診したことがある場合は、診断名、治療内容、検査内容、治療の効果等を記載する。
- (4) 2つ以上の疾病を抱えた患者の場合は、各々の症状の経過を分けて記載する。
- (5) 情報提供者は、患者本人、夫、妻、父、母などと記載する。

IV. 既往歴

- (1) 過去に罹患した疾患等について記載する。なお、複数ある場合は、年代順に記載する。
- (2) 輸血や各種検査、予防接種等の有無について記載する。
- (3) アレルギー情報（薬剤、食物、その他）を記載する。

V. 家族歴

- (1) 患者血縁関係者、同居人の健康状態、病気、死因等を記載する。
- (2) 男性は『□』、女性は『○』、患者本人はそれぞれの二重マークで示す。
- (3) 年齢が判る場合は、あわせて記載するのが望ましい。
- (4) 同居の有無を記載する。
- (5) 生死の別、死亡者は死亡年齢及びその原因について記載する。
- (6) がん、高血圧、脳血管障害、糖尿病等遺伝子の関与が考えられる疾患については、あり(+)、なし(-)を記載する。

VI. 生活歴

睡眠、排便・排尿、食事形態・制限等、嗜好品、住環境、宗教等について記載する。

VII. 系統別質問（システム・レビュー）

- (1) 全身の状態について、発育、栄養状態、体温、血圧等を記載する。
- (2) 体の各器官別・系統別に身体所見、現症等を全身の診察から記載する。

※ 主訴や現病歴は、患者が問題としている症状に関するものであるが、それ以外に患者があまり問題とはしていない些細な症状が存在していることがある。例えば、胸痛で来院した患者は頭痛のことなどは申告しないであろう。それらの現病歴には出て来なかった症状について、全身的にチェックをするのが、システム・レビューである。

○ 問題（プロブレム）リスト

- (1) 問題を抽出する。
 - ① 基礎データの中から問題のあるものを順番に抽出し、相互関係を検討する（病態生理を考えて、関連のある問題をグループごとに分ける）。
 - ② グループ毎に適切な名前を付け、問題リストを作成する。

(2) 問題リストへ記載する。

- ① 問題番号（しばしば『#』と記す）を付し、代表的な症状がいつから起こったかを記載する。
- ② その下に診断名を記載する。なお、いつから症状が出現したか判らない場合や数年前に既に診断名が付いている場合は、①は不要。
- ③ ある問題（疾患）に関連した問題は、付随問題として番号を付ける。
- ④ 心理社会的な問題もあわせて記載する。
- ⑤ 非活動的な問題については、その問題が解決した月日を示し、記載する。
- ⑥ 問題が解決した年月日を記載する。

○ 初期計画³⁾

問題リストにある個々の問題に対応する診断・治療・患者教育の計画を立てて必要事項を診療録に記載する。

- (1) 診断計画は、診断確定、鑑別診断のために必要な診察又は各種検査の計画及び予定を記載する。
- (2) 治療計画は、問題毎に必要な処置、食事療法、薬物療法、外科的治療等実施可能な治療とケアの計画を記載する。
- (3) 教育計画は、患者とその家族に対する病状・予後の説明、検査・手術等の内容説明、安静度、日常生活・食事・仕事についての指導を記載する。

○ 経過記録

- (1) 治療や処置の適応、必要性の根拠を記載する。
- (2) 治療や処置の実施内容を記載する（オーダはあくまでも依頼情報であり、実施された行為の情報ではないため、オーダ入力するだけでは不可）。
- (3) 治療や処置の実施中及び実施後の患者の状態・反応について記載する。なお、当該記載が保険診療の算定項目の根拠となる場合は、その算定要件を満たすように留意する。

※ 経過記録は、SOAP形式で記載する。SOAPについては、5頁を参照のこと。

〔経過記録記載例〕

2015.4.1

S 腹痛(一)、嘔気(一)

O 腹部 圧痛(一)

血圧 130/82 脈拍 92 整

本日血算 RBC 420 万 Hb 10.5 g/dl : 昨日から特に変化なし。

本日 上部消化管内視鏡再検。出血(一)、露出血管(一)

A 胃潰瘍は治癒傾向 露出血管消失

P 輸血はせずに経過観察。明日、昼食から流動食開始

○ 退院サマリ

(1) 転科時、退院時に所定の様式で作成する。

- ① 最終診断は、診断名を主な病名より順に記載する。

- ② 転帰を記載する。
- ③ 入院中の経過は、問題の展開を記載するとともに、問題毎にSOAP形式で記載する。また、組織所見（診断）や手術術式名（所見）も必ず記載する。
- ④ 退院時所見は、退院時の主要所見及び退院時処方をはじめ、退院後の治療方針、教育計画を記載する。死亡の場合は、剖検の有無を記載するとともに、剖検所見もあわせて記載する。
- ⑤ 他の医療者との情報共有ツールでもあることを念頭に記載する。

(2) 退院後 14 日以内に作成し、承認済みになっていること。

※ 傷病名には、主たる治療目的である主傷病名と合併症又は併存症である副傷病名を記載する。

○ 転帰

転帰	定 義
治癒	退院後に外来通院治療の必要が全くない。または、それに準ずると判断されたもの。DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合。
軽快	疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、退院時点では外来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合。
寛解	血液疾患などで、根治療法を試みたが再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合。
不変	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合。
増悪	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合。
死亡	死亡退院した場合。なお、DPC においては、医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合。
外死亡	DPC 制度において、医療資源を最も投入した傷病以外で死亡した場合。
その他	検査のみで入院しすぐに退院したもの。DPC 制度において、一般病棟以外または入院日Ⅲ（平均在院日数+2SD）超え等に該当し、対象外になった場合。

【その他記載すべき文書・記録等の例】

その他記載すべき文書・記録等の例を以下に示すとともに、具体的な記載の流れ等について説明する。

○ 入院診療計画書

- (1) 入院の際に医師・看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して策定の上、必ず職種毎に記名し、確定する。
- (2) 診断群分類区分の名称、他に考え得る病名、症状、予定される検査及び手術の内容、日程、想定入院期間、特別な栄養管理の必要性の有無、その他の治療等の計画等入院に関し必要な事項を、個々の患者に応じ画一的にならないよう具体的に記載する。
- (3) 入院後7日以内に患者に対し説明を行う。説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- (4) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合は、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

○ 肺血栓塞栓予防評価表

- (1) 入院時に「肺血栓塞栓リスク評価」を記載する。
 - (2) リスク分類に応じた対策を選択する。
 - (3) 退院時に転帰と予防対策の実施状況を記載する。
- ※ 詳細は、本院の医療スタッフポケットマニュアルを参照のこと。

○ 栄養管理計画書

- (1) 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、入院時に医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して作成する。
- (2) 栄養状態の評価及び課題、目標、栄養補給に関する事項等を記載する。
- (3) 退院時に総合評価を記載する。

○ 退院療養計画書

主治医は退院前に患者又は家族に対して、予想される退院日、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス、その他の内容について説明を行うとともに、文書として交付する。

○ 診療情報提供書

- (1) 患者が他の医療機関で受診する必要がある場合に、紹介目的や現在までの診療の要約を記載し提供する。
- (2) 他の医療機関での診療の必要性等を患者に説明し、同意を得た上で作成する。
- (3) 患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。また、検査結果等もあわせて交付した場合は、その写しを診療録に添付若しくはその内容を診療録に記載する。

○ 対診依頼記録

主治医が標榜していない診療科目について、他医療機関の医師による対診、又は入院中の医療機関以外での診察が療養上必要と判断される際に作成する。

- (1) 主治医は診断名、依頼内容所見、経過、依頼医師名、病棟（診療科）及び依頼年月日等を記載する。
- (2) 患者の問題点を挙げ、その中から特に専門医に聞くべき問題を示して、それが診断の確認のためか治療の参考意見を必要としているのか、あるいは手術や治療の依頼や指示を要請する内容なのか等を具体的に記載する。
- (3) 依頼を受けた専門医は、対診依頼の返事欄に診断名、所見、提言あるいは新たに問題となる所見を記載する。

○ 手術記録

- (1) 手術を行った医師の氏名、患者の氏名、手術日、開始時刻、終了時刻、術式、病名等を記載する。
- (2) 手術経過を含め、詳細に記載する。
- (3) 別紙に記載した場合は、診療録にスキャンして添付する。

○ 指示記録

- (1) 医師は、指示を詳細に記載する（日時・量・単位等）。
- (2) 指示が変更になった場合は、変更内容についても詳細に記載する。
- (3) 口頭指示（電話による指示も含む。）の場合は、事後速やかに記載する。

※ 詳細は、本院の医療スタッフポケットマニュアルを参照のこと。

○ 栄養指導記録

糖尿病等の生活習慣病患者の他、がん、摂食嚥下機能低下、低栄養状態等の患者に対して食事内容や量の調節、適切な食事の摂り方についての指導を管理栄養士が行い、その内容を記載する。なお、詳細については、本院の栄養指導マニュアルを参照のこと。

○ 薬剤管理指導記録

患者に投与する薬の内容や用法、正しい服用方法をはじめ、薬の効能・副作用などを説明、指導した内容を記載する。なお、薬剤管理指導記録についての詳細は、本院の薬剤部業務マニュアルを参照のこと。

○ リハビリテーション記録

医師の指示に基づき、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士は、機能訓練内容の要点及び実施時間（開始時刻、終了時刻）を診療録に記載する。また、定期的にリハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族に対して当該計画書の内容を説明するとともに、文書により交付する。また、その写しを診療録に添付する。

【インフォームド・コンセント（説明・同意）】

医師は、医療行為の内容とそれによってもたらされる結果の予測や危険性等について患者に説明し、同意を得るべきであり、情報提供による良好な医師・患者関係を構築する必要がある。

前述の文書等を作成する過程においても、インフォームド・コンセントを行う場面は数多くあり、その内容等については必ず診療録に記載する必要がある。

以下にインフォームド・コンセントを行う際に、医師が診療録に記載すべき項目を示す。

- (1) 対象者（患者又はその代諾者）
- (2) 説明場所
- (3) 説明日時
- (4) 同席者（医療者）
- (5) 説明内容
- (6) 説明時の患者又はその代諾者の反応等
- (7) 患者又はその代諾者に同意を得たこと

なお、病院で様式を指定した説明書・同意書（統一様式）※を用いてインフォームド・コンセントを行う場合は、(5) 説明内容 を以下の記載例のとおり省略してもよい。

※ 病院で様式を指定した説明書・同意書（統一様式）の詳細については、附属資料を参照のこと。

〔インフォームド・コンセントの記載例〕

- ・ 5月1日 10:00～10:50、病棟談話室にて、患者本人とその妻に〇〇Dr.より◇◇Ns. 同席のもと、別紙説明書の内容に従い、説明するとともに文書にて交付した。患者本人とその妻は、理解良好にて同意を得た。

インフォームド・コンセントに用いた文書は、全種類・全ページのスキャン取り込みが必要となるので、留意すること。

●文献

- 1) 日本診療情報管理学会（編）：診療情報学，医学書院，2010.
- 2) 日本診療情報管理学会（編）：診療情報学 第2版，医学書院，2015.
- 3) 田村康二（編）：診療録の書き方【第2版】，金原出版，2001.

- ・ 2015 年 12 月 6 日 補訂
- ・ 2022 年 6 月 21 日 改訂
- ・ 2023 年 7 月 12 日 改訂